DISSERTATION

N° 161.

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1er juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-JACQUES ANDRIEUX, de Montmerle,

Département de l'Ain.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Suppléant.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD, Examinateur.
	CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX, Examinateur.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin, Suppléant.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Examinateur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cotterbau.	Requin, Examinateur.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Gage de la reconnaissance la plus vive.

J.-J. ANDRIEUX.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari_u3d4

DISSERTATION

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

Les fièvres graves ont attiré l'attention des médecins de tous les siècles ; leurs symptômes ont été parfaitement décrits par les anciens ; mais la connaissance précise des lésions qui les accompagnent ne date que d'une époque peu éloignée. Elles furent signalées pour la première fois en 1761, par *Rœderer* et *Wagler*. Dans leur traité *De morbo mucoso*, ces observateurs distingués annoncèrent avoir constamment rencontré des altérations dans le tube digestif des sujets morts pendant l'épidémie qui sévit à Gœttingue vers ce temps-là : *Semper in canali alimentario tàm externæ quàm internæ inflammationes nostæ observantur*, disaient-ils. *Sarcome* et *Cotugno* firent à peu près les mêmes observations à Naples en 1764. Plus tard, dans un ouvrage intitulé la Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps, publié en 1814, *Prost* proclama que le siége des fièvres ataxiques, adynamiques, muqueuses, gastriques, était dans la membrane muqueuse des intestins, qu'il y avait toujours rencontré des lésions à leur suite, et il nota fort bien que ces lésions étaient plus profondes vers la fin de l'intestin grêle. Cependant c'est seulement lorsque M. *Brous-*

sais eut enrichi la science du fruit de ses recherches, que les fièvres graves furent généralement rattachées aux lésions du tube digestif.

Mais on ne reconnut pas encore que ces lésions avaient dans l'intestin un siége spécial, déjà indiqué pourtant par *Rœderer* et *Wagler*. MM. *Petit* et *Serres* ne l'avaient point remarqué, quoiqu'ils eussent exactement décrit leur forme dans un travail sur une maladie observée par eux de 1811 à 1813, et qu'ils avaient nommée *fièvre entéro-mésentérique*. C'est M. *Bretonneau* qui le premier a fait connaître, après de nombreuses ouvertures de cadavres faites pendant les épidémies qui ravagèrent la Touraine en 1817, 1818, 1819, que les follicules de *Peyer* et *Brunner* sont le siége constant et spécial des lésions qui caractérisent la maladie qui fait le sujet de cette dissertation, maladie qu'il appela *dothinentérie*, que MM. *Petit* et *Serres* avaient appelée *fièvre entéro-mésentérique*, M. *Broussais*, *gastro-entérite grave*, dont les anciens avaient décrit les formes diverses sous les noms de *fièvres ataxique*, *adynamique*, *muqueuse*, etc.

Le beau travail de M. *Louis* a depuis pleinement confirmé les recherches du savant médecin de Tours ; mais, malgré les investigations de tant d'hommes habiles, beaucoup de questions restent encore à résoudre, et resteront probablement long-temps indécises. Et d'abord, quelle est la nature de cette maladie? n'est-elle qu'une gastro-entérite intense, comme le veut M. *Broussais?* est-elle le résultat d'une altération spéciale des follicules intestinaux, comme le pense M. *Louis?* ou bien, ainsi que M. *Chomel* serait porté à l'admettre, dépendrait-elle d'une altération, jusqu'à présent inappréciable, des fluides ou de toute autre partie de l'économie, altération dont la lésion des follicules ne serait que le *cachet anatomique*, suivant l'expression du savant professeur que je viens de citer? J'avoue que je penche pour cette opinion. Quoi qu'il en soit, j'adopterai, avec MM. *Louis* et *Chomel*, la dénomination de *fièvre* ou *affection typhoïde*, qui ne préjuge rien sur la question, qui a seulement pour but d'exprimer un fait, la ressemblance de ses symptômes avec ceux du typhus.

Anatomie pathologique.

Tube digestif. L'œsophage et le pharynx ne présentent ordinairement rien de remarquable ; cependant on y rencontre quelquefois des ulcérations ; et ce mode d'altération des muqueuses est tellement propre à l'affection typhoïde, selon M. *Louis*, que son existence, chez un sujet mort d'une maladie aiguë, suffirait pour lui prouver qu'il a succombé à cette affection.

On trouve la muqueuse gastrique parfaitement saine chez un grand nombre de sujets ; chez la plupart cependant elle présente diverses altérations : ainsi on la voit tantôt simplement injectée, tantôt mamelonnée, ramollie, épaissie, amincie, ou même détruite dans quelques points ; rarement on y trouve des ulcérations. Du reste, toutes ces altérations, à part les ulcérations, ne sont point propres à la fièvre typhoïde ; on les voit survenir tout aussi souvent pendant le cours de toute autre affection aiguë, accompagnée d'un mouvement fébrile intense, et il est probable qu'elles n'apparaissent point au début de celle-ci, car elles ne se manifestent souvent par aucun signe ; et, comme le fait observer M. *Louis*, il n'en serait sans doute pas ainsi si elles existaient avant l'invasion des symptômes nerveux.

Tout ce que j'ai dit de la muqueuse gastrique peut s'appliquer à celle du duodénum et de l'intestin grêle dans l'intervalle des follicules.

Follicules agminés. De toutes les lésions qu'on rencontre à l'ouverture des sujets morts d'affection typhoïde, celles des follicules agminés, ou plaques de *Peyer*, sont les plus importantes ; elles ne manquent jamais, et se développent, selon toute probabilité, en même temps que les premiers symptômes. M. *Bretonneau* en a constaté l'existence au cinquième jour, M. *Andral* au sixième, et M. *Louis* au huitième ; mais elles sont plus ou moins profondes, suivant l'époque à laquelle la mort a eu lieu ; elles offrent aussi de nombreux degrés,

dont les plus graves occupent toujours la partie inférieure de l'iléum, et se présentent sous deux formes distinctes.

Première forme. En suivant l'intestin du duodénum vers le cœcum, on trouve d'abord des plaques pâles ou d'un rose tendre, formant une saillie légère; la muqueuse qui les recouvre est à peine ramollie. Après celles-ci, on en voit d'autres plus rouges, plus épaisses, plus molles, offrant quelquefois un aspect grenu, mamelonné, laissant apercevoir à leur surface les orifices béans des cryptes; et, si l'on examine le tissu sous-muqueux, on le trouve aussi plus rouge, plus épais que dans l'état naturel. A mesure qu'on approche du cœcum, la rougeur, l'épaisseur, le ramollissement des plaques, sont successivement plus prononcés; elles sont uniformes, d'une étendue plus considérable; l'altération des tissus sous-muqueux est plus grave. Enfin, à une distance variable de la valvule iléo-cœcale, on rencontre des ulcérations uniques ou multiples sur une même plaque; les unes commençantes, superficielles; d'autres, plus larges, plus profondes; leur fond repose tantôt sur la tunique muqueuse, tantôt sur la tunique musculaire. Celle-ci peut être saine ou participer à l'altération; rarement elle est entièrement détruite; quelquefois cependant il ne reste plus des parois de l'intestin que la membrane péritonéale; ou bien cette membrane s'étant elle-même rompue, il existe une perforation complète, et l'on trouve alors, dans l'abdomen, des marques évidentes de péritonite. Les ulcérations ont le plus souvent une forme régulière, arrondie ou elliptique; leurs bords formés par la muqueuse, enflammée ou saine, sont ordinairement nets, taillés à pic; mais quelquefois aussi ils sont taillés en biseau ou irrégulièrement découpés, comme laciniés, décollés, flottans.

J'ai dit que les lésions des plaques de *Peyer* différaient, sous le rapport de l'étendue et de la profondeur, aux différentes époques de la maladie : en effet, du huitième au quinzième jour, les ulcérations sont, en général, petites, superficielles, ou n'existent pas encore. C'est principalement du quinzième au trentième qu'on peut rencon-

trer tous les degrés d'altération que je viens de décrire ; c'est alors qu'on voit souvent les plaques largement ulcérées, que la muqueuse est quelquefois détruite dans une étendue de plusieurs pouces aux environs de la valvule iléo - cœcale ; tandis que les plaques les plus rapprochées du duodénum sont à peine plus rouges, plus épaisses, plus molles que dans l'état naturel.

Au trentième jour, quelquefois plus tard, on rencontre ordinairement des signes évidens d'une marche rétrograde ; la rougeur des plaques est remplacée par une coloration brunâtre, bleuâtre ou grisâtre, en même temps elles sont moins épaisses, moins molles ; le pourtour des ulcérations est affaissé ; une pellicule mince, brillante, semblable à une membrane séreuse, tapisse leur centre, s'étend vers leurs bords et les unit ; plus tard, cette pellicule s'est transformée en un tissu cellulo-vasculaire, ressemblant beaucoup à la muqueuse qu'il remplace ; mais, dépourvu de villosités, la cicatrisation ne marche pas toujours d'une manière aussi régulière ; quelquefois entièrement achevée d'un côté, elle n'a pas encore commencé de l'autre, et l'on en trouve la cause dans le décollement des bords de l'ulcération. Nous avons dit que les plaques les plus voisines du cœcum sont les premières affectées ; c'est aussi vers elles qu'on trouve les premières traces d'un travail réparateur.

Deuxième forme. Elle ne diffère de la précédente que par l'altération du tissu sous-muqueux : au lieu d'être simplement enflammé, celui-ci est transformé dans toute ou presque toute l'étendue de la plaque en une substance homogène, d'apparence inorganique, d'une teinte jaunâtre, ou blanc grisâtre, épaisse, d'une consistance plus ou moins ferme. La muqueuse qui le recouvre paraît quelquefois saine ; mais ordinairement elle présente les mêmes altérations de couleur, de consistance que dans la forme précédente. Lorsque cette membrane n'est encore que rouge, ramollie, les plaques sont lisses, uniformes ; au contraire, lorsqu'elle est ulcérée, leur surface, d'un aspect gangréneux, est sillonnée en différens sens, extrêmement inégale.

Cette substance d'apparence inorganique qui forme le fond des ulcérations se sépare, tantôt par fragmens, tantôt d'une seule pièce, sous forme d'une escharre grisâtre ou jaunâtre, qu'on trouve quelquefois flottante et encore adhérente par un point. Ces ulcérations, à bord élevés, tuméfiés, renversés sur eux-mêmes, peuvent s'arrêter à la tunique musculaire ou pénétrer toute l'épaisseur des parois de l'intestin; comme celles de la première forme, elles subissent le même mode de réparation.

Follicules isolés. L'altération des follicules isolés ne diffère point de celle des follicules agminés; comme ceux-ci, tantôt on les trouve ulcérés, tantôt simplement à l'état d'exanthème. Suivant M. *Andral,* elle appartiendrait moins exclusivement à la fièvre typhoïde que celle des plaques.

J'ai dit que les follicules intestinaux étaient toujours altérés chez les sujets atteints de fièvre typhoïde; mais le nombre des plaques affectées varie : l'étendue et la profondeur de leurs lésions ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité qu'elle a présentée pendant la vie. M. *Andral* cite plusieurs cas dans lesquels l'autopsie n'a pu lui rendre compte de la gravité des symptômes; M. *Chomel* a souvent fait les mêmes observations, et il cite entre autres un fait remarquable. Chez un sujet mort à la Charité, il n'a trouvé qu'une plaque de la largeur d'une pièce de dix sous, enflammée et ulcérée seulement dans la moitié de son étendue. D'après ces faits, ne serait-on pas fondé à penser, avec le savant professeur, que la fièvre typhoïde est le résultat d'une altération jusqu'à présent inconnue, dont la lésion des follicules intestinaux serait seulement l'expression la plus constante?

Le gros intestin est ordinairement le siége d'un météorisme considérable, et sa tunique musculaire est alors singulièrement épaissie, quoiqu'elle conserve sa couleur normale et qu'on ne puisse croire qu'elle soit enflammée. Les follicules du cœcum peuvent présenter des altérations semblables à celles des follicules de l'intestin grêle.

Glandes mésentériques. Les glandes du mésentère ne sont pas moins souvent affectées que les plaques de *Peyer ;* leurs lésions présentent aussi de nombreux degrés, dont les plus graves occupent la partie du mésentère voisine du cœcum, et diffèrent encore suivant l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Chez les sujets emportés du huitième au quinzième jour, elles sont généralement volumineuses, d'un rose tendre, quelquefois mêlé d'un rouge plus foncé à l'intérieur. Du quinzième au vingtième, on les voit plus rouges, plus volumineuses, plus molles ; elles présentent déjà, dans certains cas, de petits foyers de pus. Du vingtième au trentième jour, ces altérations sont plus prononcées encore : roses vers la partie supérieure du mésentère, elles sont d'un rouge intense vers sa partie inférieure ; leur volume et leur ramollissement sont considérables. Aux environs du trentième jour, elles offrent quelquefois près du cœcum une teinte brunâtre, bleuâtre ou grisâtre, et après cette époque ces diverses colorations diminuent ; en même temps leur volume est moindre, leur consistance plus ferme qu'aux époques précédentes ; cependant, lorsqu'il existe des ulcérations profondes dans l'intestin, il n'est pas rare de les trouver en suppuration. Maintenant, si l'on considère qu'on ne rencontre ces lésions des ganglions mésentériques à la suite d'aucune autre maladie aiguë, qu'on les a rencontrées dans la fièvre typhoïde toutes les fois qu'on a pu constater l'état des organes par l'ouverture des corps, qu'elles sont quelquefois très-prononcées lorsque les plaques de *Peyer* sont peu altérées, on doit admettre qu'elles appartiennent aussi bien à l'affection typhoïde que les lésions des follicules.

Rate. Après les altérations des plaques et des ganglions mésentériques, celles de la rate sont les plus fréquentes. Sa coloration est plus ou moins foncée, sa consistance considérablement diminuée, son volume triplé, quadruplé, quintuplé même ; ces dernières altérations, c'est-à-dire les altérations de consistance et de volume, sont les plus essentielles et les plus ordinaires ; elles ne manquent pres-

que jamais chez les sujets qui ont été rapidement emportés par la fièvre typhoïde, et il est bien rare de les rencontrer, du moins à un degré aussi marqué, chez ceux qui sont morts d'une autre maladie aiguë.

Foie. M. *Louis* dit avoir souvent trouvé le foie ramolli sans augmentation de volume, et plus pâle, plus aride que dans l'état naturel. Il est le seul observateur qui ait noté cette altération.

Appareil respiratoire. Le larynx et l'épiglotte présentent quelquefois des ulcérations plus ou moins profondes: on a vu le fibro-cartilage de celle-ci détruit dans l'espace de plusieurs lignes; il n'est pas rare de rencontrer un épanchement séro-sanguinolent dans la cavité des plèvres; la muqueuse bronchique est souvent rouge, ramollie, épaissie. L'inflammation du parenchyme pulmonaire se montre fréquente comme complication de la fièvre typhoïde, et se traduit à nos yeux par les divers états connus sous les noms d'*hépatisation*, d'*engouement*, de *splénisation*.

Appareil circulatoire. Le cœur est quelquefois ramolli, décoloré, tellement flasque, qu'il conserve toutes les formes qu'on lui donne. Sa membrane interne est assez souvent rouge, ainsi que celles des gros vaisseaux. M. *Andral* regarde toutes ces altérations comme des phénomènes purement cadavériques; cependant M. *Louis* a vu, onze fois sur dix-sept, le ramollissement du cœur coïncider avec l'irrégularité du pouls: cet organe était-il alors parfaitement sain pendant la vie? on peut, ce me semble, en douter.

Le sang paraît, chez quelques sujets, presque entièrement dépourvu de fibrine, présente un caillot mou, sans consistance, ou reste liquide; mais plusieurs observateurs lui ont trouvé les mêmes caractères dans le cours d'autres maladies aiguës, et la plupart du temps il n'offre rien de remarquable dans celle-ci. Du reste, dans l'état actuel de la science, il est impossible de rien conclure de l'examen des

liquides de l'économie animale; ils pourraient présenter une foule de modifications dans leur composition sans que nos moyens d'investigation pussent nous les faire reconnaître.

Encéphale. L'état de l'encéphale ne rend pas compte de la gravité des désordres nerveux qu'on observe pendant la vie : un peu de sérotité vers la base du crâne ou dans les ventricules cérébraux, une légère infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, une injection en général peu prononcée des méninges ou de la substance des hémisphères, et dans quelques cas rares une consistance plus grande ou moindre peut-être que d'habitude : telles sont ordinairement les seules lésions qu'on trouve dans le cerveau et ses dépendances ; et ces lésions se rencontrent également chez les sujets qui ont succombé à d'autres maladies, quoique les fonctions de cet organe se soient exécutées jusqu'à la mort avec une régularité parfaite; d'ailleurs, elles n'existent pas toujours chez les individus qui ont succombé à la fièvre typhoïde. Les centres nerveux ne présentent souvent absolument rien d'insolite dans les cas où leurs désordres fonctionnels ont été extrêmement graves.

En résumé, les seules lésions qu'on rencontre constamment chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, qui appartiennent exclusivement à cette maladie, sont celles des follicules intestinaux, des ganglions mésentériques et de la rate; les autres n'ont qu'une importance secondaire. N'oublions pas cependant de noter encore comme un de ses caractères distinctifs les ulcérations que l'on rencontre si souvent en différentes parties des muqueuses, la destruction si fréquente de la peau des parties dénudées par les vésicatoires, de celles qui supportent le poids du corps. Cette tendance remarquable à l'ulcération suffirait seule pour établir une différence immense entre l'affection typhoïde et toutes les autres affections fébriles aiguës.

Étiologie.

L'affection typhoïde est une maladie particulière à l'adolescence et aux premières années de l'âge viril. C'est principalement chez les sujets de quinze à trente ans qu'on l'observe; très-rare avant douze, on ne la rencontre presque jamais après quarante. Plus fréquente dans la première moitié de cette période, elle s'y montre aussi moins meurtrière; en sorte que si la jeunesse est une circonstance favorable au développement de la maladie, les chances de guérison sont d'autant plus nombreuses que l'âge est moins avancé.

La constitution, le sexe, les professions ne paraissent avoir aucune influence sur la production de la fièvre typhoïde ou sur sa terminaison.

Une circonstance frappe l'esprit au premier abord, lorsqu'on interroge un certain nombre de malades dans les hôpitaux : presque tous se trouvaient dans des conditions nouvelles lorsqu'ils ont été atteints par cette affection; les observations de MM. *Louis*, *Andral*, *Bouillaud*, conduisent au même résultat : ainsi, sur cent vingt-neuf faits recueillis par M. *Louis*, soixante-treize sont relatifs à des sujets qui habitaient Paris depuis quelques semaines à dix mois, quarante-six s'y trouvaient depuis onze à trente mois, les autres y résidaient depuis quatre à huit ans au plus, trois seulement depuis leur enfance; sans doute, comme le fait remarquer cet habile observateur, le nombre de ces derniers doit être proportionnellement plus considérable en ville, parce que ce sont surtout les ouvriers nouvellement arrivés qui viennent chercher un asile dans les hôpitaux, et que beaucoup d'entre eux, après quelques années de séjour, se font traiter à domicile; mais l'influence du changement de l'air sur la production des fièvres graves, quoique moindre en réalité qu'elle ne le paraît dans la pratique des hôpitaux, n'en reste pas moins démontrée, même dans la pratique civile. M. *Andral*, qui est souvent appelé à donner des soins aux étudians en droit et en médecine, a très-bien

remarqué que le plus grand nombre appartenaient aux séries de première et de seconde année. Il résulte aussi des observations de M. *Louis*, que la maladie est d'autant plus dangereuse que le séjour est plus récent; ce qu'il était facile de prévoir, dit-il, par les dangers ordinaires de l'acclimatement.

Tout ce qu'on sait de positif sur les causes de la fièvre typhoïde se borne aux prédispositions que je viens de signaler; on y joint une alimentation malsaine et insuffisante, les privations de toute espèce, un séjour dans des lieux bas, humides, mal aérés, la fréquentation des amphithéâtres de dissection, les excès en tous genres, les affections morales, tristes, etc. Il est certain que toutes ces causes débilitent profondément l'économie, peuvent par conséquent disposer à toutes les maladies et diminuer beaucoup les chances de guérison. Mais ont-elles une influence directe sur le développement de la fièvre typhoïde en particulier? il est imposible de l'affirmer dans l'état actuel de la science.

Symptomatologie.

L'affection typhoïde n'affecte pas une forme invariable, ne présente pas ordinairement une physionomie déterminée au début. Ses premiers symptômes, plus ou moins constans, plus ou moins capables d'éclairer l'esprit du médecin, sont d'abord, chez la plupart des sujets, une céphalalgie presque toujours intense, phénomène important qui persiste pendant une partie de son cours. Souvent une ou plusieurs épistaxis, des frissons irréguliers, suivis de chaleur, un sentiment de malaise, de lassitude générale, une espèce d'engourdissement physique et intellectuel, un sommeil fatigant ou de l'insomnie, des douleurs dans les lombes et dans l'abdomen, de la soif, de l'inappétence, une diarrhée plus ou moins forte, quelquefois de la constipation. Mais les caractères de la maladie ne tardent pas à se dessiner plus nettement : aux phénomènes précédens vient se joindre une faiblesse considérable; le malade ne peut plus se livrer au moindre effort; il

est obligé de quitter ses occupations ; sa démarche est lente, mal assurée ; il éprouve des éblouissemens, des étourdissemens qui le font hésiter à chaque pas ; enfin, il se voit forcé de garder le lit. Sa figure prend l'expression de l'abattement et de la tristesse ; au mouvement fébrile, irrégulier, du début, succède une chaleur sèche continue ; le pouls, assez développé dans les premiers jours, devient plus petit, plus fréquent ; quelquefois cependant il reste calme pendant tout le cours de la maladie. La bouche est pâteuse, amère ; la langue, rouge vers sa pointe et sur ses bords, se couvre, dans son milieu, d'un enduit jaunâtre ou verdâtre ; les gencives présentent chez quelques sujets de petites concrétions membraniformes blanchâtres, au-dessous desquelles la muqueuse paraît saine. Il y a parfois des nausées, des vomissemens, des douleurs à l'épigastre, à l'ombilic, ou plutôt vers la fosse iliaque droite : ces douleurs abdominales, ordinairement peu intenses, ne sont souvent sensibles que par la pression. Déjà, dans quelques cas, se manifeste un peu de météorisme. Le malade est tourmenté par l'insomnie, ou bien, s'il dort, son sommeil n'est qu'une suite de rêves pénibles, dont il a la conscience, qu'il tâche en vain d'éloigner de son imagination ; loin de réparer ses forces, il augmente son malaise. On rencontre aussi chez beaucoup de sujets des symptômes d'irritation bronchique ; une toux, suivie de crachats clairs, purement muqueux, accompagnée d'un râle sibilant sonore, sec : quelquefois même les crachats contiennent un peu de sang, et l'auscultation fait percevoir un peu de râle crépitant dans un point de la poitrine.

Ces phénomènes constituent le premier degré de la fièvre typhoïde ; ce sont quelquefois les seuls qu'elle présente pendant tout son cours ; mais bien plus souvent elle suit encore une marche progressive, et l'on voit surgir une série de symptômes tout à fait caractéristiques.

La physionomie prend l'expression de l'étonnement et de l'hébétude ; la faiblesse s'accompagne d'une somnolence d'abord légère, puis souvent telle, que le malade retombe dans l'assoupissement aus-

sitôt qu'on cesse de l'interroger ; sa mémoire est lente, quoique assez ordinairement sûre ; ses réponses sont tardives et cependant justes ; l'exercice des facultés intellectuelles lui répugne ; plongé dans une indifférence stupide, il ne demande rien et paraît insensible à tout ce qui se passe autour de lui. Dans la plupart des cas, à la somnolence ne tardent pas à se joindre quelques aberrations de l'intelligence ; il paraît distrait ou rêveur, occupé d'une idée fixe, prononce par intervalle des mots vides de sens ; il répond encore, mais il semble qu'il lui faille de grands efforts pour comprendre ce qu'on lui demande ; il ne se rappelle plus ce qui lui est arrivé la veille ou seulement depuis quelques heures ; enfin, sa raison se trouble entièrement, on ne peut plus en obtenir une parole raisonnable ; ou bien, si au milieu du désordre de ses idées il est possible de fixer quelques instans son attention, elle ne tarde pas à se fatiguer, et, pour peu que les questions se prolongent, il ne donne plus que des réponses bizarres et incohérentes. Au lieu de s'établir ainsi progressivement, le délire peut être porté tout d'un coup au plus haut degré. Le plus souvent il se montre seulement par intervalles, alterne avec la somnolence, a lieu surtout la nuit ; mais chez quelques sujets il est presque continuel ; on les voit sans cesse marmotter entre leurs dents ou pousser des cris, des vociférations assourdissantes, s'agiter, vouloir s'élancer de leur lit, et l'on est obligé d'employer le corset de force pour retenir ces malades, qui quelquefois, avant le délire, étaient incapables de se tenir sur leur séant.

Souvent à cette époque on voit survenir des bourdonnemens d'oreilles, une dureté de l'ouïe, ou même une surdité complète. Beaucoup de malades ont des épistaxis plus ou moins répétées, et chez la plupart, du huitième au douzième jour, quelquefois plus tôt, quelquefois aussi plus tard, apparaissent des éruptions qui méritent de fixer particulièrement l'attention : ce sont les taches typhoïdes et les sudamina. Les taches typhoïdes, improprement appelées *pétéchies* par beaucoup de médecins, se présentent sous forme de petites taches rosées, arrondies, à peine saillantes, d'une ligne à une ligne et

demie de diamètre, disparaissant par la pression. On les voit en nombre variable sur la poitrine et sur l'abdomen, rarement sur les membres et à la face. La durée de cette éruption est de six à dix jours; elle appartient à peu près exclusivement à la fièvre typhoïde. Des praticiens, qui exercent depuis long-temps dans les hôpitaux, disent ne l'avoir jamais rencontrée dans le cours d'une autre maladie. Les sudamina sont de petits points vésiculeux transparens, semblables à des goutelettes de sueur, s'effaçant par un léger frottement; ils se manifestent principalement vers le cou, le haut de la poitrine, les aisselles et les aines; ils se présentent quelquefois chez des sujets atteints d'autres maladies aiguës ou chroniques, par exemple chez les phthisiques qui ont des sueurs abondantes; ils n'ont pas, par conséquent, la même importance que les taches typhoïdes; mais cependant leur apparition, dans les cas obscurs, peut ajouter un grand poids aux présomptions d'un médecin.

Le météorisme, si rare dans toute autre affection, se montre chez presque tous les sujets atteints de fièvre typhoïde; mais il apparaît à une époque plus ou moins éloignée du début. En général peu prononcé lorsque la maladie est légère, et considérable lorsqu'elle est grave, il peut être porté au point de causer une dyspnée redoutable. La sécrétion de cette grande quantité de gaz ne peut être rattachée à aucune lésion appréciable de l'intestin.

Les symptômes que je viens de décrire ne laissent plus de doute sur le caractère de la maladie: en même temps qu'ils se développent, on voit ordinairement la diarrhée augmenter; les selles deviennent souvent involontaires: en général liquides, jaunâtres, elles sont quelquefois semblables à du marc de café, extrêmement fétides, composées d'un sang plus ou moins altéré mêlé aux matières fécales, ou de sang pur, qui se présente dans le vase tel que celui qui proviendrait d'une saignée. Ces hémorrhagies intestinales, si graves, paraissent être le résultat d'une simple exhalation; du moins on ne trouve pas après la mort l'orifice du vaisseau qui aurait pu les fournir. Il y a quelquefois aussi incontinence d'urine, ou bien la vessie se para-

lyse et ne se vide plus que par regorgement. Les douleurs abdominales sont tantôt plus vives, tantôt moindres qu'au début; elles sont en général légères, si on les compare à la gravité de la lésion intestinale. Ordinairement elles ne se dénotent que par la pression, et occupent surtout la fosse iliaque droite; la pression détermine aussi presque toujours dans cette région une espèce de gargouillement. La sensibilité du ventre peut dépendre encore d'une exaltation générale de la sensibilité; le malade donne alors les mêmes signes de douleur lorsqu'on touche d'autres parties du corps. La langue conserve quelquefois un état presque naturel jusqu'à la mort; mais bien plus souvent elle devient rouge, collante, épaisse, se gerce, s'encroûte de concrétions membraniformes, se couvre, ainsi que les dents et les lèvres, d'un enduit brunâtre produit d'un mélange concret de mucus et de sang exhalé par la muqueuse buccale. Beaucoup de malades la tirent avec peine; puis, oubliant de la rentrer, la laissent entre leurs dents. La déglutition est parfois difficile, s'accompagne de quintes de toux; on attribue ordinairement cette difficulté de la déglutition à un resserrement spasmodique du conduit alimentaire; mais bien souvent, d'après les observations de M. *Louis*, elle reconnaît pour cause l'inflammation, l'ulcération du pharynx, de l'épiglotte et de l'œsophage. Des nausées, des vomissemens ont lieu chez quelques sujets à différentes époques, sans qu'on trouve toujours l'estomac enflammé; on ne peut regarder comme signe certain d'une lésion de cet organe que les vomissemens de bile accompagnés de douleur à l'épigastre. Beaucoup de malades toussent, expectorent des crachats visqueux, transparens. L'auscultation fait alors percevoir un râle sibilant, sonore, sec, ou un râle muqueux dans une étendue plus ou moins considérable de la poitrine; et la percussion donne un son clair; il est nécessaire de recourir fréquemment à ces deux modes d'exploration chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, car on voit souvent les pneumonies les plus graves rester complètement latentes; mais s'il est vrai que les symptômes nerveux peuvent masquer entièrement les signes extérieurs de la pneumonie, on voit aussi quel-

quefois la respiration gênée, accélérée, irrégulière, sans qu'il existe aucune lésion dans les organes respiratoires, sans qu'on puisse assigner au désordre de leurs fonctions d'autres causes que le trouble de l'innervation. A mesure que la maladie s'éloigne du début, le pouls devient ordinairement de plus en plus petit, de plus en plus fréquent ; dans quelques cas cependant, il reste calme et assez développé jusqu'aux derniers jours; il est tantôt régulier, tantôt irrégulier ; la peau présente en général une chaleur sèche, âcre, désagréable au toucher; mais chez certains malades, elle est, au contraire, mouillée de sueurs abondantes souvent très-fétides. On n'observe pas toujours une proportion exacte entre la température du corps et l'état de la circulation : la chaleur peut être très-élevée tandis que le pouls n'est que médiocrement accéléré, *et vice versâ*. Le mouvement fébrile est ordinairement plus prononcé le soir qu'aux autres heures de la journée ; la faiblesse fait des progrès rapides; le malade arrive souvent à un degré de prostration tel, qu'il ne peut plus satisfaire aux besoins les plus impérieux, ne fait plus aucun effort pour changer de position, garde constamment le décubitus dorsal, et se laisse manier comme un corps inerte. Il est très-ordinaire de voir, en même temps que les symptômes deviennent graves, les plaies des vésicatoires prendre un aspect livide, se couvrir d'un pus sanieux et fétide, se creuser d'ulcérations qui s'étendent avec rapidité, ou se frapper de gangrène dans toute leur étendue. Souvent encore la peau du coccix, des régions sacrée et trochantériennes, s'enflamme, s'excorie ou se transforme en une escharre large et profonde ; et ce n'est point seulement à la durée du décubitus dorsal qu'on peut attribuer ces accidens, il a lieu bien plus long-temps dans le cours de quelques autres maladies sans qu'on les voie survenir. C'est qu'il existe dans la fièvre typhoïde une tendance toute particulière à l'inflammation ulcéreuse; c'est qu'à cette disposition défavorable se joint une altération profonde de la contractilité ; que les muscles n'exercent plus aucune réaction contre le poids du corps, et que par conséquent la peau des parties les plus saillantes éprouve une

pression continue, circonstance bien propre à déterminer la mort de son tissu. La face, souvent rouge, animée au début, devient pâle, livide ; les traits s'affaissent ; les pommettes, saillantes, se recouvrent d'un vernis terreux ; les yeux s'obscurcissent, s'enfoncent dans l'orbite ; les lèvres, la mâchoire inférieure et le cou sont quelquefois agités d'un tremblement convulsif continuel ; quelquefois aussi il y a soubresauts violens des tendons, carphologie, et même contracture permanente des muscles de quelques parties du corps ; et cependant, comme je l'ai dit ailleurs, on ne trouve point dans l'état de l'encéphale la raison de ces désordres. Lorsque ces derniers phénomènes se manifestent, il reste bien peu d'espoir pour la vie du malade ; mais il peut également succomber sans avoir présenté des symptômes à beaucoup près aussi graves, et il n'est pas rare de voir la mort devancer les prévisions du médecin.

Marche, formes. La fièvre typhoïde suit ordinairement, mais non pas toujours, la marche que j'ai indiquée ; quelquefois ses symptômes restent long-temps vagues ; ce n'est qu'après quinze ou vingt jours qu'elle prend un caractère déterminé ; quelquefois, au contraire, elle débute tout d'un coup par les désordres fonctionnels les plus graves. Chacun des phénomènes que j'ai décrits en particulier peut apparaître seulement à une époque avancée, se prononcer plus ou moins chez tel ou tel individu, ou même manquer entièrement ; tantôt on voit dominer la diarrhée, le météorisme ; tantôt la faiblesse, la somnolence ; tantôt le délire, les spasmes, etc. ; et, suivant tel ou tel cas, la maladie peut prendre l'apparence des fièvres dites *adynamiques*, *ataxiques*, etc.

Affection typhoïde latente. Quelques sujets éprouvent simplement d'abord : une diminution plus ou moins considérable de l'appétit, un peu de soif ; des frissons suivis de chaleur, qui se renouvellent pendant un certain temps, sous un type tantôt régulier, tantôt irrégulier ; quelques maux de tête, ou de légers bourdonnemens d'oreilles. Les selles

sont à peine plus nombreuses que dans l'état de santé, quelquefois plus rares; le ventre n'est point douloureux; la chaleur de la peau est peu intense, le pouls médiocrement accéléré; souvent une légère bronchite se joint à ces symptômes, puis ils restent stationnaires. L'affaiblissement est peu considérable : en voyant le malade se promener chaque jour, on serait loin de le croire dans un danger imminent; cependant, après un temps plus ou moins long, une douleur vive se manifeste tout à coup dans un point de l'abdomen, et s'étend avec rapidité; les traits s'altèrent profondément, des nausées, des vomissemens de bile surviennent; enfin il succombe après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite intense : puis on trouve à l'ouverture du cadavre tous les caractères de la fièvre typhoïde, les plaques de *Peyer* ulcérées, et l'on voit que les progrès de l'ulcération ont déterminé la perforation de l'intestin grêle dans un ou plusieurs points.

Prognostic. Il est peu d'affections aiguës plus redoutables dans nos climats que l'affection typhoïde: qu'elle apparaisse intense ou légère, le prognostic est toujours fâcheux; elle peut arriver en quelques instans à une gravité désespérante; et, nous venons de le dire, c'est lorsqu'elle se présente sous la forme la plus bénigne en apparence, qu'on peut voir survenir tout à coup ces péritonites intenses, signe certain d'une perforation intestinale constamment mortelle. Il faut se garder aussi de s'en laisser imposer par des améliorations trop souvent passagères; il ne peut y avoir de sécurité sur le résultat de la maladie que lorsque la convalescence est franchement établie.

On a de tout temps regardé comme des signes de mauvais augure une respiration plaintive, luctueuse, les hémorrhagies intestinales, les mouvemens spasmodiques violens, et surtout la contracture permanente des muscles. Certains malades, à mesure que leur état s'aggrave, sont persuadés qu'ils sont de mieux en mieux, répondent dans leur délire qu'ils se trouvent bien; on remarque que presque toujours ils succombent. Du reste, il n'est pas rare de voir des malades res-

susciter, si je puis m'exprimer ainsi, lorsqu'ils ne paraissaient plus avoir qu'un souffle de vie prêt à s'éteindre. *Hippocrate* a dit : *In acutis morbis non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis neque sanitatis.* Cet aphorisme peut surtout s'appliquer avec vérité au prognostic des fièvres graves.

Durée. L'affection typhoïde peut se terminer par la mort au bout de huit ou dix jours, ou seulement après quarante ou cinquante; dans les cas heureux, sa durée est au moins de dix-huit à vingt, et le plus souvent de vingt-cinq à quarante; jamais le retour à la santé n'est brusque. Ce n'est que graduellement qu'on voit revenir toutes les fonctions à leur état habituel, et la convalescence marche quelquefois avec une lenteur excessive. Ainsi, chez certains malades, le pouls reste fréquent, la peau chaude, et la diarrhée persiste long-temps après que tous les autres symptômes ont disparu. Le retour des forces peut encore être retardé par des sueurs abondantes, qu'on voit dans quelques cas s'établir au déclin de la maladie, ou par la suppuration des plaies du sacrum et des vésicatoires.

Diagnostic. En général, après quelques jours le caractère de la maladie se dessine assez bien pour qu'il soit facile de la reconnaître. Les épistaxis, les bourdonnemens d'oreilles, la somnolence, le délire, les taches typhoïdes, les sudamina, le météorisme, ne laissent aucun doute; et si quelques-uns de ces phénomènes peuvent encore se rencontrer isolément dans le cours d'une autre affection, l'existence simultanée d'un certain nombre d'entre eux n'appartient qu'à la fièvre typhoïde. Mais, à une époque peu éloignée du début, et dans les cas d'affection typhoïde latente, le diagnostic n'est pas très-facile. Sans doute en procédant par voie d'exclusion, après un examen attentif des symptômes et de leur marche, on arrive souvent à distinguer à quelle lésion on doit les rattacher; mais cette méthode ne donne que des probabilités plus ou moins grandes, jamais de certitude complète; les plus habiles observateurs peuvent se tromper; j'ai été témoin, l'année der-

nière, d'un fait qui le prouve d'une manière bien frappante. Un jeune homme admis à l'hôpital de la Pitié, se disait malade depuis trois jours, accusait une céphalalgie intense, des lassitudes, un brisement général, de l'inappétence, de la soif; il existait chez lui un mouvement fébrile bien prononcé; trois ou quatre petites taches rosées se montraient sur l'abdomen. M. *Louis* annonça une affection typhoïde: et trois jours après, les taches rouges prirent la forme de boutons varioleux; d'autres apparurent en différentes parties du corps; on reconnut avec étonnement qu'il n'avait qu'une variole discrète.

La fièvre typhoïde n'est-elle qu'une gastro-entérite intense? J'ai déjà dit ailleurs qu'on ne trouvait pas constamment une inflammation de l'estomac à sa suite; que les lésions de l'intestin grêle ne rendaient pas à beaucoup près toujours compte de sa gravité; je pourrais ajouter que, sous le rapport des symptômes et de la marche, elle diffère entièrement de la gastro-entérite. En effet, dans cette dernière maladie, la faiblesse est peu considérable, toujours proportionnée au nombre des selles; on n'observe jamais de sudamina, de taches roses lenticulaires, de somnolence, de stupeur, de météorisme; le délire est au moins fort rare, et ne survient que lorsque les symptômes locaux sont extrêmement graves; on ne voit pas les plaies des vésicatoires, la peau des parties qui supportent le poids du corps, s'ulcérer rapidement, être frappées de gangrène. Les secours de la médecine parviennent souvent à arrêter la marche de la gastro-entérite; sa durée n'est ordinairement que de dix à douze jours, tandis que la durée de la fièvre typhoïde est au moins de dix-huit à vingt jours, quels que soient les moyens employés pour la combattre; et cette différence de symptômes ne tient pas simplement à ce que l'inflammation intestinale est plus intense dans un cas que dans l'autre, car elle existe dès le début; et quelle que soit la nuance de la fièvre typhoïde qu'on veuille comparer à la gastro-entérite, on la verra toujours s'en distinguer par des caractères bien tranchés. Mais, du reste, s'il n'y a de différence entre ces deux affections que sous le rapport de l'intensité, les causes qui peuvent produire une gastro-entérite agissant seulement

avec une plus grande énergie, devront produire une fièvre typhoïde; dira-t-on qu'il en est ainsi? Cette assertion ne saurait être appuyée par des faits : la gastro-entérite survient à tout âge, peut atteindre dix, vingt fois le même sujet. On ne rencontre la fièvre typhoïde qu'à une certaine période de la vie; si l'on peut citer quelques individus qui l'ont eue deux fois, comme on en peut citer qui ont eu deux fois la variole, ces cas sont au moins très-rares. La plupart des causes de la gastro-entérite nous sont connues : ce sont ordinairement des agens chimiques ou mécaniques; on voit, à la suite de l'empoisonnement, par des substances âcres et corrosives, le tube digestif enflammé à tous les degrés. Les mêmes moyens ont-ils jamais donné lieu aux symptômes de la fièvre typhoïde, déterminé l'altération des follicules intestinaux, qui forme un de ses caractères les plus constans? Non sans doute. Tout nous porte donc à penser que l'affection typhoïde est une maladie tout à fait différente de la gastro-entérite, et rien n'autorise une opinion contraire.

Traitement.

On n'a pas moins discuté sur le traitement de la fièvre typhoïde que sur sa nature. Les méthodes les plus opposées ont eu leurs partisans exclusifs. Pour moi, je suis persuadé que les mêmes moyens ne sauraient également convenir à toutes les périodes de la maladie, et qu'ils doivent encore différer suivant les formes qu'elle peut présenter en raison des circonstances variées au milieu desquelles elle se développe. J'exposerai d'abord ceux qu'on emploie le plus ordinairement, et j'indiquerai ensuite un nouveau traitement que j'ai vu employer avec succès par M. *Chomel.*

Les émissions sanguines sont en général utiles au début si le sujet est robuste; si le mouvement fébrile est intense, on pourra pratiquer, dans les dix premiers jours, deux saignées de dix à quinze onces; s'il est au contraire d'une faible constitution, ou s'il a été précédemment soumis à l'action de causes débilitantes, on se bornera à une

seule. Passé cette époque, on ne devra plus tirer de sang, à moins que les symptômes, après avoir été faibles d'abord, ne deviennent tout à coup violens ; on pourrait alors avoir recours de nouveau à la saignée; mais ordinairement après le vingtième jour elle est plutôt nuisible qu'utile. Du reste, on doit bien se persuader que des saignées répétées n'éteindraient pas la fièvre, et qu'elles pourraient jeter le malade dans une prostration non moins fâcheuse que l'excitation qu'on voudrait combattre. Lorsque les douleurs abdominales sont vives, les selles très-fréquentes, on doit de préférence employer les sangsues; tantôt sur les points douloureux, tantôt à l'anus. Un délire léger n'exige pas de moyens spéciaux; mais s'il devient violent, si la face est rouge et animée, on appliquera des sangsues sur les apophyses mastoïdes, de la glace sur la tête, des sinapismes aux extrémités inférieures; s'il est accompagné d'une réaction violente, il sera nécessaire d'employer en même temps la saignée du bras.

Les émissions sanguines seront secondées par la diète, les boissons délayantes ou acidules, telles qu'une solution de sirop de gomme, de sirop de groseilles, de sirop tartareux, seule, ou même coupée avec de l'eau de Seltz, ainsi que M. *Louis* le prescrit avec succès à la Pitié ; les lavemens émolliens administrés, deux ou trois fois par jour, et plus souvent même si le malade peut les retenir ; les fomentations de même nature et les bains.

Ces moyens doivent seuls être employés, tant que la période d'excitation persiste ; mais lorsqu'elle est remplacée par les phénomènes dits *adynamiques*, on doit les abandonner pour recourir aux toniques. Je sais qu'on s'est élevé avec force depuis quelques années contre leur emploi, qu'on les a qualifiés de *médicamens incendiaires*. Je ne dirai pas qu'on n'en a point abusé ; mais, quelque respect que je professe pour le talent des médecins qui veulent les proscrire tout à fait, je ne saurais partager leur opinion. Loin d'être toujours nuisibles, les toniques produisent les résultats les plus avantageux, lorsqu'ils sont administrés avec discernement. Les conditions les plus favorables à cette médication sont, d'après M. *Louis*, « une médiocre ac-

célération du pouls, et à plus forte raison le calme de la circulation, une chaleur naturelle ou peu élevée, une respiration peu fréquente, une diarrhée médiocre, des symptômes cérébraux nuls ou peu intenses, quel que soit d'ailleurs le degré de faiblesse et de prostration.» Avant de la commencer, on doit aussi examiner s'il n'existe aucun signe de gastrite. Si l'on avait quelque doute sur l'état de l'estomac, on administrerait d'abord des toniques faibles, la limonade vineuse, l'infusion froide de quinquina. Mais s'ils n'ont aucun résultat défavorable, il faut recourir de suite aux toniques énergiques. Celui qui mérite la préférence entre tous, c'est le quinquina et ses diverses préparations. On pourra donner l'infusion pour boisson, si elle ne répugne point au malade ; le vin, le sirop, l'extrait, le sulfate de quinine dans une potion aromatique ou gommeuse, la décoction en lavement; le simarouba réussit aussi très-bien dans les mêmes circonstances. Lorsque les toniques sont bien indiqués, leur succès est prompt. Si, après cinq à six jours, ils ne produisaient pas une amélioration prononcée, on devrait les abandonner, sauf à les reprendre plus tard, si on le jugeait nécessaire.

On seconde ordinairement l'action des toniques par des fomentations, des frictions aromatiques ; on leur associe quelquefois aussi avec avantage les stimulans à l'intérieur ; le camphre, dans un lavement de quinquina ou de camomille, le musc, l'éther, etc.

Les dérivatifs méritent-ils la confiance que les anciens leur ont accordée, et que beaucoup de médecins de nos jours leur accordent encore dans le traitement des fièvres graves? ou n'ont-ils aucun avantage, comme le pense M. *Louis ?* Quand on voit pour et contre des autorités si imposantes, il serait téméraire, je pense, de se prononcer d'une manière positive ; mais comme tout le monde reconnaît que les vésicatoires peuvent donner lieu à des plaies graves, qui rendent souvent les convalescences longues et pénibles, je crois qu'on doit y renoncer, tandis qu'on peut très-bien employer les sinapismes, qui n'ont pas les mêmes inconvéniens, et agissent d'ailleurs avec plus de promptitude.

M. *Chomel* a recours aux émissions sanguines, aux dérivatifs, aux toniques, comme je l'ai indiqué; mais il joint à ces moyens, dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie, l'usage du chlorure de soude. Voici de quelle manière il administre cette substance : pour boisson ordinaire, solution de sirop de gomme avec addition de chlorure de soude à dix-huit degrés, douze à vingt-quatre grains pour vingt onces de liquide, selon les individus; ils en boivent suivant leur soif; deux demi-lavemens de lin contenant chacun la même quantité de chlorure au même degré de concentration; lotions chlorurées trois ou quatre fois dans la journée; fomentations ou cataplasmes arrosés avec la même substance; et, si la maladie est grave, un bain avec une livre de chlorure tous les jours ou tous les deux jours. Si l'odeur et le goût des chlorures répugnent au malade, on les lui donne dans une infusion amère ou aromatique, l'infusion de petite centaurée, de teucrium chamœdris, de violette, de tilleul, etc., qu'on peut édulcorer avec un sirop odorant, le sirop d'œillet, par exemple. C'est vers la fin de 1831 que M. *Chomel*, sur la proposition d'un de ses élèves, a commencé l'essai de ce médicament; les expériences ont été continuées en 1832 et 1833, et leur résultat a été si heureux, qu'il n'a péri qu'un septième environ des malades, tandis qu'auparavant la mortalité était d'un tiers; et cependant, tous les sujets soumis à l'usage des chlorures présentaient des symptômes graves; on s'est abstenu de les administrer toutes les fois qu'il pouvait rester la moindre incertitude sur le caractère de la maladie. Ces succès se soutiendront-ils? Les faits, quoique déjà nombreux, ne le sont point assez pour permettre de conclure avec certitude; mais du moins ils doivent engager les médecins à essayer l'emploi d'un médicament qui a paru jusqu'à présent si utile, et qui n'offre d'ailleurs aucun danger.

Hygiène. L'observation des lois de l'hygiène est surtout d'une nécessité absolue dans le traitement de la fièvre typhoïde. On doit observer la propreté la plus scrupuleuse dans tout ce qui concerne le malade ou l'entoure; éviter avec soin le contact prolongé des matières fécales

et des urines ; renouveler souvent l'air de l'appartement : la température la plus convenable est une chaleur modérée ; une chaleur trop vive augmenterait le mouvement fébrile, et le froid pourrait avoir une influence fâcheuse sur les organes respiratoires déjà si disposés à s'enflammer ; il est aussi nécessaire de changer souvent la position du malade, pour soustraire la peau des parties qui supportent le poids du corps aux funestes effets d'une pression prolongée ; je crois encore qu'il est prudent de séparer, autant que possible, les sujets atteints de fièvre typhoïde ; car si des faits incontestables semblent prouver que cette maladie peut quelquefois se transmettre par contagion, ils ont surtout été recueillis dans des circonstances où cette précaution avait été négligée.

PROPOSITIONS.

I.

Lorsqu'on voit certaines lésions externes, qui présentent plusieurs des caractères de l'inflammation, résister aux antiphlogistiques et céder aux toniques, ne peut-on pas admettre qu'il doit en être ainsi de certaines lésions internes?

II.

Les préparations antimoniales à haute dose me paraissent, de tous les agens thérapeutiques, celui qui réussit le mieux contre la pneumonie.

III.

Parmi ces préparations, celles que je préférerais sont les préparations antimoniales insolubles, et surtout l'acide antimonique.

IV.

La formation des tubercules me semble reconnaître une autre cause que l'inflammation.

V.

Les tubercules se développent toujours primitivement dans les poumons.

FIN.